

Z Gerontol Geriat 2018 · 51:628–635
 DOI 10.1007/s00391-017-1188-4
 Eingegangen: 15. September 2016
 Überarbeitet: 16. Dezember 2016
 Angenommen: 12. Januar 2017
 Online publiziert: 25. Januar 2017
 © Der/die Autor(en) 2017. Dieser Artikel ist
 eine Open-Access-Publikation.



Olivia Kada · Marina Hedenik · Anna Griesser · Anna-Theresa Mark · Julia Trost

Studiengang Gesundheits- und Pflegemanagement, FH Kärnten, Feldkirchen i. K., Österreich

Subjektive Theorien zu Lebensqualität und Gesundheit im Alter

Eine explorative Studie mit Pflegeheimbewohnern und ihren Pflegekräften

Zusatzmaterial online

Zusätzliche Informationen sind in der Online-Version dieses Beitrags (DOI: [10.1007/s00391-017-1188-4](https://doi.org/10.1007/s00391-017-1188-4)) enthalten.

Die Begriffe „Lebensqualität“ und „Gesundheit“ werden oftmals austauschbar verwendet, auch wenn es Hinweise darauf gibt, dass es sich auf Ebene subjektiver Theorien um unterschiedliche Konstrukte handelt. Die vorliegende Studie untersucht daher die subjektiven Theorien von Pflegeheimbewohnern im Hinblick auf Lebensqualität und Gesundheit. Der Vergleich mit den subjektiven Theorien der zugehörigen Pflegekräfte erlaubt außerdem das Erkennen und Verstehen möglicher Diskrepanzen. Die Ergebnisse tragen somit zur begrifflichen Schärfung von „Lebensqualität“ und „Gesundheit“ bei.

Das Projekt wurde unter der Leitung von FH-Prof. Mag. Dr. Olivia Kada an der FH Kärnten durchgeführt, unter Mitwirkung der Bachelor-Studierenden Marina Hedenik, BA, Anna Griesser, BA, Anna-Theresa Mark, BA und Julia Trost, BA.

Hinweis zum geschlechtersensiblen Sprachgebrauch: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text nur die männliche Form verwendet. Gemeint sind stets sowohl die weibliche als auch die männliche Form.

Hintergrund und Fragestellung

Das Konzept „Lebensqualität“ ist von großer Bedeutung für die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Alter(n). So spannt es einen Bogen über die Entwicklungspsychologie der Lebensspanne und Theorien erfolgreichen Alterns und eint auf diese Weise viele Ansätze, die sich mit einem guten Leben im Alter befassen [16]. Gleichzeitig ist nach wie vor eine willkürlich anmutende Verwendung des Begriffs „Lebensqualität“ innerhalb und über verschiedene Disziplinen hinweg zu beobachten; Definition und Operationalisierung sind uneinheitlich [10]. Folglich fällt auch die Abgrenzung zu nahen Konstrukten wie „Wohlbefinden“, „Glück“ oder „subjektive Gesundheit“ schwer [8, 12, 15]. Über die subjektiven Lebensqualitätstheorien alter Menschen in unterschiedlichen Lebensumständen ist wenig bekannt [2]. In einer Metaanalyse [21] konnte gezeigt werden, dass bei der Beurteilung der eigenen Lebensqualität die psychische Gesundheit die größte Rolle spielt, wohingegen bei der Beurteilung der eigenen Gesundheit die körperliche Funktionsfähigkeit in den Fokus rückt. Obwohl es sich also bei Lebensqualität und Gesundheit um distinkte Konstrukte zu handeln scheint [21], fehlen bislang qualitative Studien, die helfen, die Unterschiedlichkeit der beiden Konstrukte auf Ebene subjektiver Theorien zu verstehen. In einer Studie zu sozialen

Repräsentationen von Gesundheit im Alter bei Ärzten und Pflegekräften [6] stellte „Lebensqualität“ eine Subkategorie von „Gesundheit im Alter“ dar, während in einer Studie zu subjektiven Theorien von Glück und Lebensqualität bei zu Hause lebenden Senioren [7] „Gesundheit“ unter „Lebensqualität“ und auch „Glück“ subsumiert wurde. Auch in einer qualitativen Studie mit Pflegeheimbewohnern bildete „Gesundheit“ eine Subkategorie von „Lebensqualität“ [19]. Im WHOQOL-OLD-Projekt wurden die Begriffe „Lebensqualität“ und „Glück“ in Fokusgruppen mit alten Menschen (auch Pflegeheimbewohnern) austauschbar verwendet [23]. Fliege und Filipp [7] konnten jedoch zeigen, dass die Begriffe „Lebensqualität“ und „Glück“ unterschiedliche subjektive Theorien bei alten Menschen evozieren und somit deren Verwendung maßgeblichen Aus-schlag auf die Ergebnisse hat. So wurde der Begriff „Lebensqualität“ stärker mit persönlicher Kontrollmöglichkeit assoziiert, und Dimensionen wie „materielle Lebensbedingungen“ und „Aktivität“ traten stärker in den Vordergrund.

Ziel der vorliegenden Studie ist es daher zu klären, inwiefern sich die subjektiven Theorien von Lebensqualität und Gesundheit unterscheiden, welche Assoziationen also der jeweilige Begriff bei Pflegeheimbewohnern und ihren Pflegekräften hervorruft. Da wiederholt gezeigt wurde, dass Fremd- und Selbsturteile über Gesundheit bzw. Lebensqualität

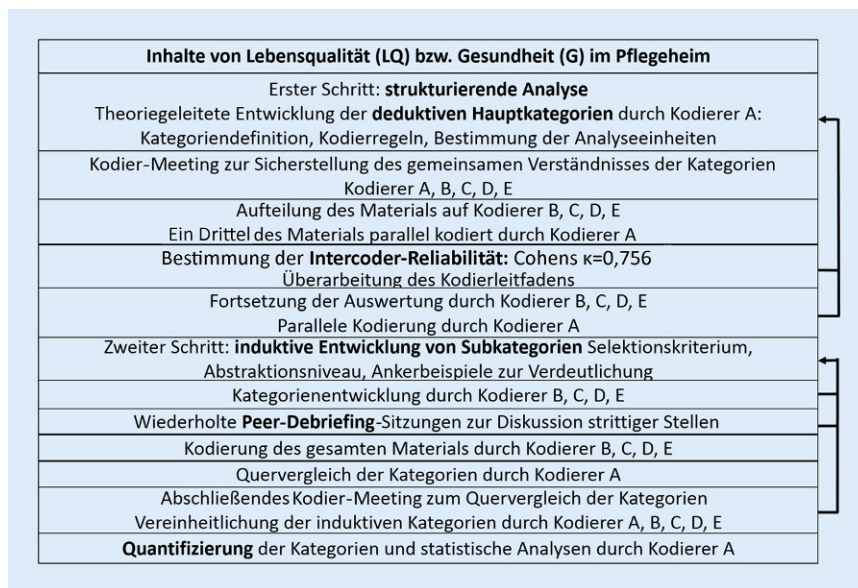


Abb. 1 ▲ Ablaufmodell der Analyse

kaum assoziiert sind (z. B. [20]), soll in der vorliegenden Studie außerdem exploriert werden, wie diese unterschiedlichen Einschätzungen zustande kommen. Es gibt Hinweise darauf, dass Angehörige und Pflegepersonal der körperlichen Gesundheit einen größeren Stellenwert für die Lebensqualität von Pflegeheimbewohnern zuschreiben als die Bewohner selbst [4].

Methode

Stichprobe

An der Studie nahmen 31 Paare von Pflegeheimbewohnern und ihren Pflegekräften (abhängige Stichprobe) aus 4 Pflegeheimen teil. Die 31 Bewohner waren im Mittel 86 Jahre alt ($SD \pm 5,5$ Jahre) und größtenteils weiblich ($n = 28$). Die 27 Pflegepersonen wiesen eine Berufserfahrung zwischen einem halben Jahr und 20 Jahren auf ($M = 7,3$ Jahre) und waren ebenfalls überwiegend weiblich ($n = 24$). Es wurden nach Einschätzung der Pflegedienstleitungen hinreichend auskunftsfähige Bewohner befragt, wobei ein Interview zum Thema „Gesundheit“ aufgrund von Verständnisschwierigkeiten aus der Analyse ausgeschlossen wurde.

Erhebungsmethode

Die Bewohner und ihre jeweils zugehörige Pflegekraft wurden unabhängig voneinander mithilfe von Leitfadenterviews (Zusatzmaterial online) befragt. Orientiert am Vorgehen von Fliege und Filipp [7] beantwortete eine Hälfte der Befragten den Leitfaden unter Verwendung des Begriffs „Lebensqualität“ ($n = 16$ Paare, 2 Heime) und die andere unter Verwendung des Begriffs „Gesundheit“ ($n = 15$ Paare, 2 Heime). Der Leitfaden umfasste eine erzählstimulierende Einstiegsfrage, danach erfolgte eine quantitative Einschätzung der Lebensqualität bzw. Gesundheit mithilfe einer visuellen Analogskala (VAS, Wertebereich 0–100), wobei die Bewohner sich selbst und die Pflegekräfte den jeweiligen Bewohner beurteilten. Die weiteren offenen Fragen dienten dazu, die Begründungen des Bewohners bzw. der Pflegekraft für die getroffene Einschätzung zu ergründen (in Anlehnung an [7]).

Auswertungsmethode

Die Auswertung der wörtlich transkribierten Interviews erfolgte im Team, bestehend aus der Erstautorin (Kodierer A) und den 4 Koautorinnen (Kodierer B, C, D, E), mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ([14]; ▣ Abb. 1). Die Hauptkategorien

wurden theoriegeleitet von der Erstautorin entwickelt (in Anlehnung an [6, 7, 19]); für jede Kategorie wurden eine Kategoriendefinition und Kodierregeln festgelegt. Im ersten Kodierertreffen wurde das gemeinsame Verständnis der deduktiv entwickelten Kategorien sichergestellt [3]. Sodann wurde ein Drittel des Materialkorpus unter den Kodierern B, C, D und E aufgeteilt; Kodierer A wertete dasselbe Material parallel aus. Im nächsten Treffen konnte auf diese Weise die Intercoder-Reliabilität berechnet werden, die mit einem Cohens κ von 0,756 für eine qualitative Studie laut Mayring [13] als zufriedenstellend zu bewerten ist. Eine einheitliche Anwendung des Kategoriensystems war auf diese Weise sichergestellt und die Aufteilung des Interviewmaterials unter den Kodierern somit gerechtfertigt [3]. Laut Bazeley [1] liegt der wahre Wert der Berechnung der Intercoder-Reliabilität in den fruchtbaren Diskussionen, die zur Schärfung der Kategorien führen; entsprechend wurde in dieser Sitzung auch eine Weiterentwicklung des Kodierleitfadens vorgenommen [3]. Im zweiten Auswertungsschritt wurden die deduktiven Hauptkategorien durch induktiv entwickelte Subkategorien und zugehörige Ankerbeispiele „unterfüttert“. Regelmäßige Kodierertreffen dienten der Absicherung und Vereinheitlichung der induktiven Kategorien sowie der Diskussion strittiger Textstellen. Dieser Ansatz des Peer Debriefing wird auch als logische Form der Reliabilitätsprüfung bezeichnet [17]. Durch eine gegenstandsangemessene Kombination induktiver und deduktiver Analyseschritte können die Vorzüge beider Ansätze verknüpft werden [18]. Einem methodenintegrativen Ansatz, genauer dem „Monostrand Conversion Design“ [22], folgend wurden die entwickelten Kategorien quantifiziert (1: genannt, 0: nicht genannt) und gemeinsam mit den quantitativen Selbst- und Fremdurteilen mithilfe der VAS in SPSS statistisch ausgewertet [13]. Die Kategorienbreite entspricht einem Summen-Score über die 5 Hauptkategorien, wobei mindestens eine und maximal 5 Hauptkategorien pro Person genannt werden konnten. Effekte des Innersubjektfak-

Z Gerontol Geriat 2018 · 51:628–635 DOI 10.1007/s00391-017-1188-4
© Der/die Autor(en) 2017. Dieser Artikel ist eine Open-Access-Publikation.

O. Kada · M. Hedenik · A. Griesser · A.-T. Mark · J. Trost

Subjektive Theorien zu Lebensqualität und Gesundheit im Alter. Eine explorative Studie mit Pflegeheimbewohnern und ihren Pflegekräften

Zusammenfassung

Hintergrund. Die Begriffe „Lebensqualität“ und „Gesundheit“ werden oftmals austauschbar verwendet, auch wenn es Hinweise darauf gibt, dass es sich um unterschiedliche Konstrukte handelt. Dennoch fehlen bislang Studien, die helfen, die Unterschiedlichkeit der beiden Konstrukte auf Ebene subjektiver Theorien von Pflegeheimbewohnern zu verstehen. Da Pflegekräfte wesentlich zur Lebensqualität beitragen können, soll der Vergleich der subjektiven Theorien von Bewohnern und Pflege zudem das Erkennen und Verstehen etwaiger Diskrepanzen ermöglichen.

Material und Methode. Es wurden Leitfadeninterviews mit 31 Paaren von Pflegeheimbewohnern und ihren Pflegekräften geführt. Orientiert am Vorgehen von Fliege und Filipp (2000) beantwortete eine Hälfte der

Befragten den Leitfaden unter Verwendung des Begriffs „Lebensqualität“ und die andere unter Verwendung des Begriffs „Gesundheit“. Zusätzlich wurde die Lebensqualität bzw. Gesundheit auf einer visuellen Analogskala (VAS) eingestuft, wobei die Bewohner sich selbst und die Pflegekräfte den jeweiligen Bewohner beurteilten.

Die Auswertung erfolgte im Team mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse. In einem methodenintegrativen Vorgehen wurden die theoriegeleitet entwickelten Hauptkategorien und die induktiv gebildeten Subkategorien quantifiziert sowie gemeinsam mit den Selbst- und Fremdurteilen mithilfe der VAS statistisch ausgewertet.

Ergebnisse und Schlussfolgerung. Lebensqualität wurde stärker mit psychischen, sozialen und umweltbezogenen Aspekten in

Verbindung gebracht, während Gesundheit verstärkt Überlegungen im Hinblick auf die körperliche Funktionsfähigkeit evozierte. Dieser Effekt war für Pflegekräfte stärker, was mit ihrem Rollenverständnis erklärt werden kann. In wissenschaftlichen Untersuchungen ist die exakte Verwendung der Begriffe wichtig, da sie unterschiedliche Assoziationen auslösen. Dabei scheint der Terminus „Lebensqualität“ besser geeignet zu sein, um die Anpassungsfähigkeit des älteren Menschen zum Ausdruck zu bringen.

Schlüsselwörter

„Mixed methods“ · Qualitative Forschung · Langzeitpflege · Selbsturteil · Fremdurteil

Subjective theories on quality of life and health in old age. An explorative study with nursing home residents and their nursing personnel

Abstract

Background. The terms “quality of life” and “health” are often used interchangeably even though there are indications to suggest that they are distinct constructs. Nevertheless, studies which would help to understand the difference between these constructs on the level of subjective theories of nursing home residents are lacking. Because nursing personnel can essentially contribute to the quality of life of residents, the comparison of subjective theories from residents and from nursing personnel can help to detect and understand potential discrepancies.

Material and methods. Semi-structured interviews were conducted with 31 pairs of residents and their nursing personnel. Based

on the approach of Fliege and Filipp (2000) one half of the respondents answered the questions using the term “quality of life” and the other half using the term “health”. In addition, quality of life and health had to be rated on a visual analogue scale (VAS), whereby residents rated themselves and nurses rated the corresponding resident. Data were analyzed using qualitative content analysis in a team-based approach. Following a mixed methods approach the deductively developed main categories and the inductively developed subcategories were quantified and statistically analyzed together with the VAS ratings.

Results and conclusion. Quality of life was more strongly associated with psychological, social and environmental aspects, whereas health more strongly evoked thoughts on physical functioning. This effect was stronger in nursing personnel, which can be explained by their role concept. In future scientific studies the terms should be used accurately, as they elicit different associations. The term “quality of life” seems to be more suitable to adequately reflect the adaptability of elderly people.

Keywords

Mixed methods · Qualitative research · Long-term care · Self report · Third party report

tors Gruppe (Bewohner vs. Pflegekräfte) und des Zwischensubjektfaktors Thema (Lebensqualität vs. Gesundheit) wurden mithilfe der Varianzanalyse mit Messwiederholung berechnet. Die Variable „inhaltliche Breite“ weicht zwar signifikant von der Normalverteilung ab, jedoch gilt die Varianzanalyse als robust gegenüber dieser Verletzung. Die Übereinstimmung zwischen Bewohnern

und ihren Pflegekräften in der Beurteilung der Lebensqualität bzw. Gesundheit mittels VAS wurde mithilfe der Pearson Korrelation berechnet.

Ergebnisse

Sämtliche Textstellen konnten einer der 5 deduktiven Hauptkategorien zugeordnet werden, nämlich „Aktivität und Bewälti-

gung“, „psychische Ressourcen“, „soziale Ressourcen“, „körperliche Ressourcen“ oder „Umwelt und Rahmenbedingungen“. Jede Hauptkategorie wurde mit induktiv entwickelten Subkategorien „unterfüttert“. Nachfolgend werden die Hauptkategorien mit den zugehörigen Subkategorien dargestellt, inklusive der Nennungshäufigkeiten (eine Nennung pro Person und Subkategorie), getrennt

Tab. 1 Aktivität und Bewältigung

Subkategorien		Lebensqualität		Gesundheit	
		Bewohner (n)	Pflege (n)	Bewohner (n)	Pflege (n)
A1	Beschäftigung und Aktivität	7 (alle +)	5 (4+, 1–)	4 (alle +)	4 (alle +)
A2	Bewältigung altersbedingter Veränderungen	3 (alle +)	2 (1+, 1–)	7 (alle +)	2 (alle +)
A3	Bewältigung von Krisen	4 (alle +)	2 (alle +)	–	–
Summe der Nennungen		14	9	11	6

+ , – Erklärungen s. Text

Tab. 2 Psychische Ressourcen

Subkategorien		Lebensqualität		Gesundheit	
		Bewohner (n)	Pflege (n)	Bewohner (n)	Pflege (n)
B1	Zufriedenheit und Wohlbefinden	7 (alle +)	9 (7+, 2–)	–	1 (alle +)
B2	Kognitive Leistungsfähigkeit	2 (alle +)	1 (alle +)	1 (alle +)	3 (alle –)
B3	Lebensmut	2 (alle –)	1 (alle –)	6 (alle –)	2 (alle –)
B4	Ausblick in die Zukunft	3 (alle +)	–	–	–
B5	Bilanzierung	5 (alle +)	–	–	–
B6	Psychische Krankheit	–	–	–	1 (alle –)
Summe der Nennungen		19	11	7	7

+ , – Erklärungen s. Text

für Lebensqualität und Gesundheit sowie Bewohner und Pflegekräfte. Zusätzlich wird durch die Symbole „+“ und „–“ in den Tabellen ausgewiesen, ob ein Aspekt in positivem oder negativem Sinne angeführt wurde. So könnte man beispielsweise das Urteil über die eigene Lebensqualität bzw. Gesundheit mit der Abwesenheit oder dem Vorhandensein von Schmerzen begründen; „Alleinsein“ könnte eine positive Konnotation haben („alleine sein wollen/können“) oder eine negative („die Bewohnerin ist leider viel alleine“).

Der Hauptkategorie „Aktivität und Bewältigung“ wurden Textstellen zugeordnet, in denen gelungene und nicht-gelungene Bewältigungsversuche des Bewohners im Vordergrund stehen, also beispielsweise die Gestaltung des Tagesablaufs oder der Umgang mit altersbedingten Veränderungen. Als Ankerbeispiel soll die Aussage einer Bewohnerin zur Begründung ihrer Lebensqualität dienen: „Man muss es halt wollen und dazu beitragen, dann kann man sich auch selbst helfen ... Ich kann nicht mehr

aufstehen und mich frei bewegen, aber habe es akzeptiert und lernen müssen damit umzugehen und lebe jetzt damit“ (Subkategorie A2). In **Tab. 1** sind die Subkategorien aufgeführt, die unter dieser Hauptkategorie subsumiert wurden. Argumente, die unter die Hauptkategorie „Aktivität und Bewältigung“ fallen, wurden sowohl unter der Verwendung des Begriffs Lebensqualität als auch unter der Verwendung des Begriffs Gesundheit häufiger von Bewohnern als von Pflegepersonen genannt. Sich zu beschäftigen bzw. den Tag aktiv zu gestalten, wurde dabei häufiger mit Lebensqualität assoziiert, der Umgang mit altersbedingten Veränderungen häufiger mit Gesundheit; die Bewältigung von Krisen wie Verlusterlebnissen wurde ausschließlich mit Lebensqualität assoziiert.

Unter der Hauptkategorie „psychische Ressourcen“ wurden Textstellen zusammengefasst, deren Fokus auf innerhalb der Person gelegenen emotionalen oder kognitiven Fähigkeiten, Einstellungen oder Empfindungen liegt, wie etwa die Äußerung angenehmer oder unange-

nehmer Empfindungen oder kognitive Leistungsfähigkeit. Als Beispiel soll hier die Argumentation einer Pflegeperson unter Verwendung des Begriffs Lebensqualität dienen: „Sie [die Bewohnerin] ist eigentlich sehr zufrieden in ihrem Leben. Sie ist eigentlich immer fröhlich und immer gut gelaunt“ (Subkategorie B1). Die zugehörigen Subkategorien fasst **Tab. 2** zusammen. Psychische Ressourcen wurden häufiger mit Lebensqualität als mit Gesundheit in Verbindung gebracht, wobei dieser Effekt für Bewohner noch stärker war. Insbesondere Zufriedenheit und Wohlbefinden wurden von Bewohnern und Pflegepersonen nur im Hinblick auf Lebensqualität genannt. Ihr eigenes Lebensqualitätsurteil begründeten Bewohner außerdem mit Bilanzierung, also der positiven Bilanz über das bisherige Leben, aber auch mit einem hoffnungsvollen Ausblick in die Zukunft.

Die Hauptkategorie „soziale Ressourcen“ bündelt Aussagen, in denen das soziale Miteinander betont wird, also etwa das Fehlen oder Vorhandensein von Beziehungen zu Mitmenschen, das gewollte oder ungewollte Alleinsein oder die vorhandene oder fehlende Zuwendung bzw. Unterstützung. So begründete eine Pflegekraft die Gesundheit einer Bewohnerin wie folgt: „Sie redet viel und vertraut einem viel an ... Sie braucht einen Menschen um sich herum, damit sie nicht alleine ist. Manchmal reden wir halt nur so. Ich erzähl ihr dann auch ein paar Sachen, also nichts Dramatisches oder so ... Damit wir halt ins Reden kommen, z. B. über die Kinder und wie es ihnen geht“ (Subkategorie C5). Die Subkategorien, die unter „soziale Ressourcen“ subsumiert wurden, zeigt **Tab. 3**. Soziale Ressourcen spielten bei Bewohnern und Pflegekräften eine größere Rolle bei der Beurteilung von Lebensqualität vs. Gesundheit. Besonders familiäre Kontakte bzw. deren Vorhandensein oder Fehlen stellten ein wichtiges Bestimmungsstück von Lebensqualität dar. Unterstützung und Zuwendung waren für Gesundheit und Lebensqualität von Bedeutung, wobei die Pflegekräfte Unterstützung und Zuwendung – v. a. durch das Pflegepersonal – noch stärker mit Gesundheit assoziierten. Autonomie im

Tab. 3 Soziale Ressourcen

Subkategorien		Lebensqualität		Gesundheit	
		Bewohner (n)	Pflege (n)	Bewohner (n)	Pflege (n)
C1	Soziale Interaktion im Heim	4 (alle +)	4 (alle +)	3 (alle +)	1 (alle +)
C2	Alleinsein	4 (alle +)	2 (alle –)	–	1 (alle –)
C3	Autonomie	2 (alle +)	8 (alle +)	3 (2+, 1–)	1 (alle +)
C4	Familiäre Kontakte	8 (7+, 1–)	7 (5+, 2–)	2 (1+, 1–)	2 (alle +)
C5	Unterstützung und Zuwendung bekommen	5 (4+, 1–)	5 (alle +)	6 (alle +)	11 (alle +)
C6	Unterstützung und Zuwendung geben	1 (alle +)	–	–	–
Summe der Nennungen		24	26	14	16

+, – Erklärungen s. Text

Tab. 4 Körperliche Ressourcen

Subkategorien		Lebensqualität		Gesundheit	
		Bewohner (n)	Pflege (n)	Bewohner (n)	Pflege (n)
D1	Aktivitäten des täglichen Lebens	1 (alle +)	4 (alle +)	1 (alle –)	2 (alle +)
D2	Mobilität	4 (3+, 1–)	3 (2+, 1–)	6 (1+, 5–)	4 (alle –)
D3	Körperliche Verfassung	2 (alle –)	4 (2+, 2–)	8 (1+, 7–)	8 (3+, 5–)
D4	Schmerzen	1 (alle –)	2 (1+, 1–)	–	2 (alle –)
D5	Sturzangst	1 (alle –)	–	–	1 (alle –)
D6	Medikation	–	1 (alle –)	3 (1+, 2–)	3 (1+, 2–)
Summe der Nennungen		9	14	18	20

+, – Erklärungen s. Text

Sinne einer selbstständigen und selbstbestimmten Lebensführung (im Rahmen der Möglichkeiten) wurde v. a. von den Pflegekräften mit Lebensqualität, jedoch kaum mit Gesundheit assoziiert. Im Gegensatz zu den Pflegekräften hatte das Alleinsein in den Aussagen der Bewohner durchweg eine positive Konnotation im Sinne der „Disengagement“-Theorie. Zum Beispiel erzählte eine Bewohnerin, gefragt nach ihrer Lebensqualität, Folgendes: „Ich bin eher nicht so gesellig, aber ein paar Bekannte hat man ja trotzdem ... Ich bin nicht gerne unter Leuten, sie tun mich zwar oft hinaus, aber ich mag das eigentlich nicht so gerne. Ich bin mehr für mich alleine, aber mir ist trotzdem nie langweilig“ (Subkategorie C2).

Mit der Hauptkategorie „körperliche Ressourcen“ wurden Textstellen kodiert, die körperliche Aspekte von Lebensqualität bzw. Gesundheit zum Inhalt haben, v. a. die körperliche Funktionsfähigkeit und Mobilität. Als Ankerbeispiel soll hier

die Aussage einer Bewohnerin zum Thema Gesundheit dienen: „Ich habe nun zwei Schlaganfälle hinter mir und bin zuckerkrank, also habe ich genug zu tragen. Wissen Sie, wenn man so beeinträchtigt ist, nicht sehen und hören kann, dann ist das nicht fein“ (Subkategorie D3). Die Subkategorien finden sich in **Tab. 4**. Körperliche Ressourcen wurden von Bewohnern und Pflegepersonen eher mit Gesundheit als mit Lebensqualität assoziiert, wobei der Effekt bei den Bewohnern noch deutlicher hervortrat. Die körperliche Verfassung brachten beide Gruppen v. a. mit Gesundheit in Verbindung. Auch das Thema Medikation, insbesondere viele oder kaum Medikamente nehmen zu müssen, wurde v. a. beim Thema Gesundheit erwähnt.

Die Hauptkategorie „Umwelt und Rahmenbedingungen“ beinhaltet Aussagen, die die Lebensumgebung und Lebensumstände in den Mittelpunkt rücken, wie etwa die Räumlichkeiten des

Heims oder Angebote und Versorgung im Sinne von Verpflegung und Pflegeleistungen im Heim. Eine Bewohnerin begründete ihr Lebensqualitätsurteil beispielsweise folgendermaßen: „Es wird hier manches angeboten; jede Woche ist eine Gesangsstudentin hier und singt mit uns neue Lieder ein; einmal im Monat haben wir eine Messe, wo eine Frau biblische Vorträge hält, aber im Allgemeinen gibt es viel Angebot“ (Subkategorie E1). Die Hauptkategorien zeigt **Tab. 5**. Pflegekräfte und Bewohner brachten Umwelt und Rahmenbedingungen viel stärker mit Lebensqualität in Verbindung; die Pflegekräfte klammerten die Umwelt bei der Beurteilung der Gesundheit sogar weitestgehend aus. Das Versorgtsein im Heim war für die Bewohner besonders wichtig; die Möglichkeit zur individuellen Lebensgestaltung wurde nur von der Pflege genannt.

Quantitative Analysen

Die Betrachtung der Kategoriensysteme spricht bereits dafür, dass die Begriffe „Lebensqualität“ und „Gesundheit“ auf Ebene der subjektiven Theorien unterschiedliche Assoziationen auslösen. Ist Lebensqualität demnach ein breiteres Konzept als Gesundheit? Die inhaltliche Breite der subjektiven Theorie wurde über die Anzahl genannter Hauptkategorien definiert (Wertebereich 1–5). Es wurde daher untersucht, ob die Befragten ihre Einschätzung von Gesundheit bzw. Lebensqualität beispielsweise ausschließlich mit Aspekten argumentierten, die einer einzigen Hauptkategorie (z. B. körperliche Ressourcen) zuzuordnen sind oder ob sie Argumente aus verschiedenen Hauptkategorien anführten. In Bezug auf die inhaltliche Breite zeigte sich ein Haupteffekt der Gruppe, d. h., Bewohner nannten im Vergleich zu Pflegepersonen signifikant mehr Aspekte, $F(1, 31) = 11,657$, $p = 0,002$. Bei der Beurteilung von Lebensqualität wurden mehr Hauptkategorien genannt als bei der Beurteilung von Gesundheit; entsprechend zeigte sich ein signifikanter Haupteffekt des Themas, $F(1, 31) = 11,326$, $p = 0,002$. Der Interaktionsterm war nicht signifikant, $F(1, 31) = 2,238$, $p = 0,145$ (**Abb. 2**).

Tab. 5 Umwelt und Rahmenbedingungen

Subkategorien		Lebensqualität		Gesundheit	
		Bewohner (n)	Pflege (n)	Bewohner (n)	Pflege (n)
E1	Veranstaltungen und Angebote	2 (alle +)	–	3 (alle +)	–
E2	Versorgt sein	15 (13 + 2–)	4 (alle +)	7 (alle +)	n = 2 (alle +)
E3	Wohnumfeld	5 (alle +)	5 (alle +)	2 (alle +)	–
E4	Personalressourcen	1 (alle –)	–	3 (alle –)	–
E5	Individuelle Lebensgestaltung	–	4 (alle +)	–	–
Summe der Nennungen		23	13	15	2

+, – Erklärungen s. Text

Auch in der quantitativen Einschätzung mithilfe der VAS schlägt sich diese unterschiedliche subjektive Definition von Lebensqualität und Gesundheit nieder. Die VAS-Einschätzungen betreffend zeigt sich kein signifikanter Haupteffekt der Gruppe, $F(1, 30) = 3,596$, $p = 0,068$. Es findet sich jedoch ein Haupteffekt für das Thema, d. h., die Urteile für Gesundheit fallen insgesamt geringer aus als für Lebensqualität, $F(1, 30) = 11,326$, $p = 0,002$. Bewohner und Pflegekräfte unterscheiden sich in der Einschätzung der Lebensqualität nicht voneinander, jedoch schätzen Bewohner die Gesundheit signifikant geringer ein als die Pflegekräfte. Dieser Interaktionsterm erwies sich als signifikant, $F(1, 30) = 4,629$; $p = 0,040$ (Abb. 3). Unter Verwendung des Begriffs „Lebensqualität“ korrelieren die Urteile von Bewohnern und Pflegekräften mit $r = 0,347$ ($p = 0,189$), unter Verwendung des Begriffs „Gesundheit“ zeigt sich kein Zusammenhang ($r = 0,077$, $p = 0,792$).

Diskussion

Auf Ebene der subjektiven Theorien von Pflegeheimbewohnern und ihren Pflegekräften handelt es sich bei Lebensqualität und Gesundheit um unterschiedliche Konstrukte, wobei sich Lebensqualität als ein breiteres Konstrukt erwies. Während Körperliches für die Beurteilung von Gesundheit wichtiger war, wurden soziale und psychische Ressourcen sowie auch Umweltaspekte häufiger mit Lebensqualität in Verbindung gebracht, was sich mit Befunden quantitativer Studien deckt [21]. Der Begriff „Gesundheit“

scheint demnach entgegen wissenschaftlicher Definitionen, v. a. der prominenten WHO-Definition, auf Ebene subjektiver Theorien insbesondere Gedanken an das körperliche Funktionieren im Sinne des biomedizinischen Ansatzes zu evozieren. Unter Verwendung des Begriffs „Gesundheit“ argumentierten die Befragten häufiger mit der (schlechten) körperlichen Verfassung und Mobilität als unter Verwendung des Begriffs „Lebensqualität“. Vor allem bei den Bewohnern zeigte sich, dass psychische Ressourcen für die Beurteilung der Lebensqualität eine größere Rolle spielten [21]; positive Empfindungen wie Wohlbefinden und Zufriedenheit nannten Bewohner und Pflegekräfte fast ausschließlich im Zusammenhang mit Lebensqualität [4]. Interessant ist, dass die subjektiven Theorien der Bewohner zu Lebensqualität außerdem auch die positive Bilanzierung des bisherigen Lebens sowie den hoffnungsvollen Ausblick in die Zukunft beinhalten [7]. Wenn psychische Aspekte jedoch im Zusammenhang mit Gesundheit erwähnt wurden, dann überwiegend mit negativer Konnotation, v. a. im Sinne verlorenen Lebensmutes. Soziale Ressourcen wurden in stärkerem Maß mit Lebensqualität als mit Gesundheit assoziiert, v. a. familiäre Kontakte tragen laut Bewohnern und Pflegepersonen zu hoher Lebensqualität bei. Wenn die Pflegekräfte soziale Aspekte bei der Beurteilung von Gesundheit berücksichtigten, dann v. a. im Sinne von Unterstützung und Zuwendung für den Bewohner durch die Pflege; die eigene berufliche Rolle der Pflege scheint sich hier anzudeuten [4]. Während Alleinsein von den Pflegekräften immer in negativem Sinn ange-

führt wurde, war für einige Bewohner das Alleinsein positiv besetzt im Sinne der „Disengagement“-Theorie [5]. Aktivität und Bewältigung im Sinne der Aktivitätstheorie nach Havighurst [9] wurden von Bewohnern und Pflegekräften stärker mit Lebensqualität als mit Gesundheit verbunden. Im Zusammenhang mit Lebensqualität war es für Bewohner insbesondere die aktive Gestaltung des Tages, die ein gutes Leben mitbedingt, während im Zusammenhang mit Gesundheit die positive Bewältigung altersbedingter Veränderungen im Vordergrund stand. Letzteres assoziierten auch Ärzte und Pflegekräfte aus Deutschland mit guter Gesundheit im Alter [6], während dieser Aspekt bei den Pflegekräften der vorliegenden Studie kaum Erwähnung fand. Umweltaspekte wurden von Bewohnern insbesondere mit Lebensqualität [7], aber auch mit Gesundheit assoziiert, während die befragten Pflegepersonen unter der Verwendung des Begriffs „Gesundheit“ Umweltaspekte weitestgehend ausklammerten. Das Verpflegt- und Versorgtsein war für die Bewohner der wichtigste Umweltaspekt.

Eine mögliche Erklärung für die enge subjektive Theorie von Gesundheit bei Pflegekräften – kaum Umweltfaktoren, weniger psychische Aspekte, starker Fokus auf Körperliches sowie pflegerische Unterstützung und Zuwendung – mag sein, dass der Begriff „Gesundheit“ eher im Sinne des biomedizinischen Modells und eng an die eigene Rolle der Gesundheits- und Krankenpflegeperson geknüpft verstanden wird. Auf den ersten Blick steht dieses Ergebnis im Widerspruch zu Befunden von Flick et al. [6], die ein sehr „modernes“ und wenig auf Funktionseinbußen und körperliche Verfassung bezogenes Konzept von Gesundheit im Alter bei Ärzten und Pflegekräften fanden. Unter Verwendung des Begriffs „Lebensqualität“ wurde allerdings auch in der vorliegenden Studie aufseiten der Pflegekräfte eine dem aktuellen wissenschaftlichen Diskurs entsprechende Sichtweise deutlich, beispielsweise durch die Betonung der individuellen Lebensgestaltung oder sozialer Beziehungen [11].

Auch die statistischen Analysen festigten das Bild, dass Lebensqualität auf

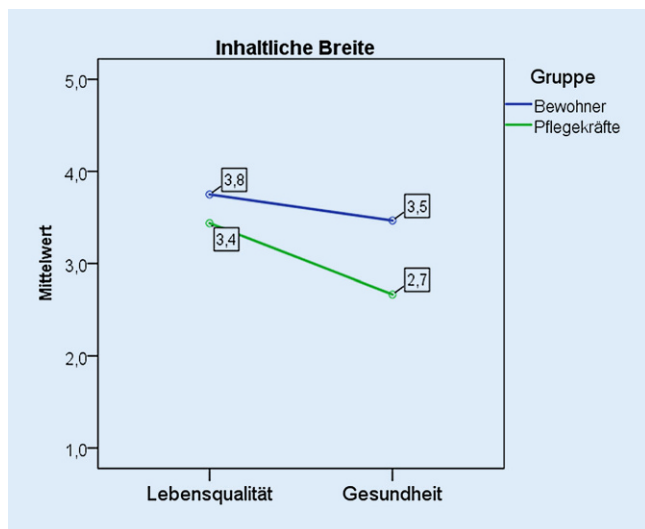


Abb. 2 ▲ Inhaltliche Breite der subjektiven Theorien

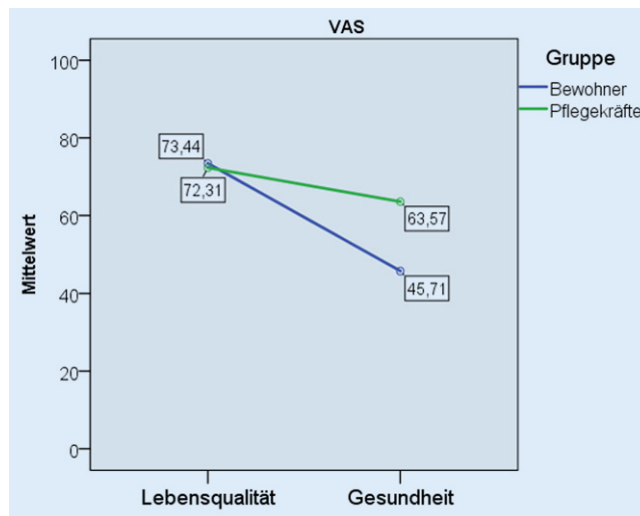


Abb. 3 ▲ Ratings in der visuellen Analogskala (VAS)

Ebene der subjektiven Theorien ein breiteres Konstrukt als Gesundheit darstellt und dass dies für die Pflegekräfte noch in stärkerem Maß zutrifft als für die Bewohner. Aufgrund der verschiedenartigen Faktoren, die in die Beurteilung der Lebensqualität einfließen, bringt sie die Anpassungsfähigkeit des alten Menschen stärker zum Ausdruck [4]. Entsprechend fielen die Urteile mithilfe der VAS für Lebensqualität deutlich höher aus als für Gesundheit.

Die vorliegende Studie zeigt, dass das „wording“ einen deutlichen Effekt auf die evozierten subjektiven Konzepte hat. Der Begriff „Lebensqualität“ regt zur Berücksichtigung einer breiten Palette an Aspekten an, während der Begriff „Gesundheit“ eine Einengung des Blickfelds zur Folge hat. Die austauschbare oder gar synonyme Verwendung der beiden Begriffe sollte also künftig vermieden werden, wenn gut interpretierbare Befunde erzielt werden sollen [7].

Limitationen

Die größte Einschränkung liegt sicherlich darin, dass die Zuteilung der Befragten zu den Begriffen „Lebensqualität“ oder „Gesundheit“ in der vorliegenden qualitativ-explorativen Studie nicht randomisiert erfolgte, wie es dem Ideal quantitativer Forschungsentsprüche. Stattdessen wurde in 2 Heimen mit dem Begriff „Lebensqualität“ und in 2 Heimen mit dem Be-

griff „Gesundheit“ gearbeitet. Eine Vermischung der Begriffe innerhalb der Heime hätte aber aufgrund der langen, auf mehrere Heimbesuche angelegten Erhebungen eher zu einer Verwässerung der Ergebnisse geführt, da von einem Austausch der Befragten über das Thema der Befragung auszugehen ist. Dennoch ist nicht auszuschließen, dass die Unterschiedlichkeit der Heime und der dort angesiedelten Bewohner und Pflegepersonen für die gefundenen Unterschiede verantwortlich ist. Das methodische Vorgehen der vorliegenden Studie, das im Sinne der „mixed methods“ qualitative und quantitative Analyseschritte integrierte und die Blickwinkel von Bewohnern und ihren Pflegekräften direkt gegenüberstellte, liefert jedoch neue Erkenntnisse und trägt damit zum Forschungsstand bei. Sicherlich sind aber weitere Studien zur Festigung der Befunde dieser explorativen Untersuchung vonnöten.

Fazit für die Praxis

— Auf Ebene der subjektiven Theorien handelt es sich bei Lebensqualität und Gesundheit um unterschiedliche Konstrukte. Lebensqualität ist breiter gefasst, die körperliche Funktionsfähigkeit tritt zugunsten der Berücksichtigung psychischer, sozialer, umweltbezogener Aspekte in den Hintergrund. Gesundheit wiederum

wird v. a. vor dem Hintergrund eines Gesundheitsberufs und dem damit einhergehenden Rollenverständnis eher in biomedizinischem Sinne verstanden.

- In wissenschaftlichen Untersuchungen ist die exakte Verwendung der Begriffe wichtig, da sie unterschiedliche Assoziationen auslösen. Der Begriff „Lebensqualität“ bildet die Anpassungsfähigkeit des älteren Menschen ab, sodass empfohlen werden kann, in Befragungen von Bewohnern und Pflegekräften eher mit diesem Terminus zu arbeiten. Unter Verwendung des Begriffs „Gesundheit“ besteht die Gefahr der Fokussierung auf Körperliches, und ältere Menschen, v. a. Pflegeheimbewohner, haben dann kaum eine Chance, hohe Werte zu erreichen.
- Die Übereinstimmung zwischen Selbsturteil von Pflegeheimbewohnern und dem pflegerischen Fremdurteil ist für Lebensqualität mäßig, für Gesundheit in der vorliegenden Studie gar nicht vorhanden. Dies bedeutet, dass ein reger Austausch zwischen Bewohnern und Pflegekräften vonnöten ist, damit pflegerische Handlungen auf die Bedürfnisse und Lebensziele der Bewohner abgestimmt werden können und nicht eigene Vorstellungen eines guten Lebens auf alle Bewohner, ungeach-

tet ihrer Heterogenität, übertragen werden [12].

Korrespondenzadresse

FH-Prof. Mag. Dr. O. Kada

Studiengang Gesundheits- und Pflegemanagement, FH Kärnten
Hauptplatz 12, 9560 Feldkirchen i. K., Österreich
o.kada@fh-kaernten.at

Open access funding provided by Carinthia University of Applied Sciences (CUAS).

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. O. Kada, M. Hedenik, A. Griesser, A.-T. Mark und J. Trost geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Die Teilnahme an der Befragung erfolgte freiwillig und informiert und konnte jederzeit ohne Angabe von Gründen beendet werden. Alle beschriebenen Untersuchungen am Menschen wurden mit Zustimmung der zuständigen Ethikkommission, im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt. Von allen Teilnehmenden liegt eine Einverständniserklärung vor.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Literatur

1. Bazeley P (2013) Qualitative data analysis. Practical strategies. SAGE, Los Angeles
2. Bowling A, Rowe G, Adams S, Sands P, Samsi K, Crane M, Joly L, Manthorpe J (2015) Quality of life in dementia: a systematically conducted narrative review of dementia-specific measurement scales. *Aging Ment Health* 19(1):13–31
3. Burla L, Knierim B, Barth J, Liewald K, Duetz M, Abel T (2008) From text to codings: intercoder reliability assessment in qualitative content analysis. *Nurs Res* 57(2):113–117. doi:10.1097/01.NNR.0000313482.33917.7d
4. Cohn J, Sugar JA (1991) Determinants of quality of life in institutions: perceptions of frail older residents, staff, and families. In: Birren JE, Lubben JE, Cichowlas Rowe J, Deutchman DE (Hrsg) The concept and measurement of quality of life in the frail elderly. Academic Press, San Diego, S 28–49
5. Cumming E, Dean LR, Newell DS, McCaffrey I (1960) Disengagement – a tentative theory of aging. *Sociometry* 23(1):23–35
6. Flick U, Fischer C, Neuber A, Schwartz FW, Walter U (2003) Health in the context of growing old: social representations of health. *J Health Psychol* 8(5):539–556
7. Fliege H, Filipp SH (2000) Subjektive Theorien zu Glück und Lebensqualität – Ergebnisse explorativer Interviews mit 65- bis 74-jährigen. *Z Gerontol Geriatr* 33(4):307–313
8. Halvorsrud L, Kalfoss M (2007) The conceptualization and measurement of quality of life in older adults: a review of empirical studies published during 1994–2006. *Eur J Ageing* 4:229–246
9. Havighurst RJ (1961) Successful aging. *Gerontologist* 1(1):8–13
10. Kada O, Janig H (2006) Das Konzept Lebensqualität und seine Bedeutung für die Geriatrie. In: Pinter G, Likar R, Kada O, Janig H, Schippinger W, Cernic K (Hrsg) Der ältere Patient im klinischen Alltag. Ein Praxislehrbuch der Akutgeriatrie. Kohlhammer, Stuttgart, S 132–144
11. Kane RA (2001) Long-term care and good quality of life: bringing them closer together. *Gerontologist* 41(3):293–304
12. Martin M, Schneider R, Eicher S, Moor C (2012) The functional quality of life (FQOL)-Model. A new basis for quality of life-enhancing interventions in old age. *GeroPsych (Bern)* 25(1):33–40
13. Mayring P (2000) Qualitative Inhaltsanalyse [28 Absätze]. *Forum Qual Sozialforsch* 1(2):Art. 20 (<http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0002204>)
14. Mayring P (2008) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 10. Aufl. Beltz, Weinheim
15. Moons P, Budts W, De Geest S (2006) Critique on the conceptualization of quality of life: a review and evaluation of different conceptual approaches. *Int J Nurs Stud* 43(7):891–901
16. Motel-Klingebiel A, Wurm S, Huxold O, Tesch-Römer C (2010) Wandel von Lebensqualität und Ungleichheit in der zweiten Lebenshälfte. In: Motel-Klingebiel A, Wurm S, Tesch-Römer C (Hrsg) Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Kohlhammer, Stuttgart, S 15–33
17. Onwuegbuzie AJ, Leech NL (2007) Validity and qualitative research: an oxymoron? *Qual Quant* 41:233–249. doi:10.1007/s11335-006-9000-3
18. Reinhoffer B (2005) Lehrkräfte geben Auskunft über ihren Unterricht. Ein systematisierender Vorschlag zur deduktiven und induktiven Kategorienbildung in der Unterrichtsforschung. In: Mayring P, Gläser-Zikula M (Hrsg) Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse. Beltz, Weinheim, S 123–141
19. Schenk L, Meyer R, Behr A, Kuhlmeier A, Holzhausen M (2013) Quality of life in nursing homes: results of a qualitative resident survey. *Qual Life Res* 22:2929–2938
20. Sloane PD, Zimmerman S, Williams CS, Reed PS, Gill KS, Preisser JS (2005) Evaluating the quality of life of long-term care residents with dementia. *Gerontologist* 1(1):37–49
21. Smith KW, Avis NE, Assmann SF (1999) Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: a meta-analysis. *Qual Life Res* 8(5):447–459
22. Teddlie C, Tashakkori A (2009) Foundations of mixed methods research. Integrating quantitative and qualitative approaches in the social and behavioral sciences. SAGE, Los Angeles
23. Winkler I, Buyantugs L, Petscheleit A, Kilian R, Angermeyer MC, WHOQOL-OLD Group (2003) Die interkulturelle Erfassung der Lebensqualität im Alter: Das WHOQOL-OLD-Projekt. *GeroPsych (Bern)* 16(4):177–192

Lesetipp

Resilienz



Angesichts eines neuen Verständnisses von Resilienz als dynamischem Prozess befindet sich auch die Resilienzforschung im Wandel. Die Beiträge

in *Der Nervenarzt* 07/2018 liefern einen Einblick in aktuelle Perspektiven und Entwicklungen der Resilienzforschung. Neben der kritischen Reflektion des bisherigen Forschungsstands, z.B. zur Wirksamkeit von Resilienzinterventionen, gibt das Themenheft einen Ausblick auf den zukünftigen Forschungsbedarf. Hierbei nehmen die Autoren eine transdiagnostische Perspektive ein, indem nicht die Prävention spezifischer psychischer Erkrankungen, sondern übergeordnete Resilienzmechanismen fokussiert werden.

Wichtige Herausforderungen für die Zukunft werden sein, Resilienzmechanismen des Gehirns zu verstehen, um diese durch geeignete Interventionen modulierend zu beeinflussen.

- Aktuelle Konzepte
- Verläufe von Resilienz
- Internetbasierte Interventionen zur Resilienzförderung
- Resilienz gegenüber psychischer Störungen im Alter

Suchen Sie noch mehr zum Thema?

Mit e.Med – den maßgeschneiderten Fortbildungsabos von Springer Medizin – haben Sie Zugriff auf alle Inhalte von SpringerMedizin.de. Sie können schnell und komfortabel in den für Sie relevanten Zeitschriften recherchieren und auf alle Inhalte im Volltext zugreifen.

Weitere Infos zu e.Med finden Sie auf springermedizin.de unter „Abos“